

厚生労働科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業

病院機能評価に連動した継続的改善システムの
基盤整備に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 梅里 良正

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総括研究報告

病院機能評価に連動した継続的改善システムの基盤整備に関する研究 梅里 良正	1
(資料)	
受審病院の概要.....	10
平成17年度受審病院の概要	18
平成17年度受審病院の評点分布 (Ver5)	19
平成17年度受審病院の評点分布 (Ver4)	29
評価判定指針に関する検討資料 (図表)	40
評価判定指針修正案	52
救急役割判断フローチャート	77

厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合)
総括研究報告書

病院機能評価に連動した継続的改善システムの基盤整備に関する研究
(H16-医療-一般-010)

主任研究者 梅里 良正 財団法人日本医療機能評価機構 客員研究主幹

研究要旨

病院の改善を支援する仕組みとしての病院機能評価は全国の病院の約3割が受審するなど、一定の普及・定着を見せている。一方で、多くの病院が改善すべき課題を残したまま受審している状況が見出され、改善活動の継続性が課題となっている。そこで本研究では、病院機能評価の受審時のみならず、病院の改善活動が日常的・継続的になされるよう支援する仕組みについて検討することを目的とする。

今年度は、平成17年度に受審した484病院について病院属性や審査結果データを集計・分析した。許可病床の平均は247.6床であり、審査体制区分では一般病院が48%、複合病院などその他の審査体制区分が52%となった。また審査結果については初回の審査のみで認定される割合が13~15%となっており、これまでと同様、改善すべき課題を残したまま受審している状況と考えられた。指摘された課題についても「関係法令の遵守」「診療録の適切な管理」「廃棄物の処理」など、評価項目のバージョンが変わっているが内容的にはほぼ同様であった。これらは、改善活動を行ったが不十分であったというよりも、問題点の認識が乏しいものと考えられた。

改善すべき課題の認識を容易にするために、評価判定指針をより明確化し、要求事項をわかり易くすることが有効と考えられた。そこで現行の評価判定指針の中で、評価調査者によって判断が分かれ易いと思われる項目を抽出し検討した。その結果、手術・麻酔機能や病理診断機能と人員配置の関係、画像診断の体制、時間外・夜間の対応体制の評価、抗がん剤などの調製・混合業務や薬剤管理指導業務など薬剤管理機能、病棟や外来におけるプライバシー確保の評価、病院感染対策と感染性廃棄物の適切な取扱い、症状緩和と疼痛緩和の評価などについて評価判定指針案を作成した。さらに施設基準、救急告示の有無、施設環境、救急入院患者数、時間外・救急患者数から救急機能の地域における役割を判断するフローチャートを開発した。これらによって受審病院の改善目標の明確化や審査業務の精度向上などが期待される。しかし検討すべき対象項目として抽出されたが、十分な検討に至らなかった項目も残されている。したがって、本研究の検討成果をベースにしてさらにその他の項目についても検討を進め、病院機能評価に適用することが望まれる。

分担研究者

大道 久 日本医療機能評価機構 理事
寺崎 仁 日本医療機能評価機構特別審査員

A 研究目的

適切で質の高い医療を安心して享受できることは、医療を受ける立場からはもちろんのこと、医療を提供する立場からも等し

く望まれているところである。そのためには医療機関が自らの機能を評価し、改善していく努力が必要である。その努力を効果的に行うために第三者による病院機能評価が運用されており、平成18年度末で受審病院合計数が2600病院を超える見込みであるなど、一定の普及・定着を見せている。しかし、初回の審査で認定される割合は新規受審・更新受審ともに2割以下であり、多くの病院において受審前の改善活動が決して十分ではなく、何らかの改善課題を残したまま受審している実態が確認されている。一方、指摘された事項に対する再審査の結果では、ほぼ100%の病院で改善成果が認められ認定されている。したがって、受審時点で残されていた課題は“問題の認識不十分”が要因と考えられ、問題を指摘されれば、改善活動が実施されるというのが実態と思われた。

これまでの2カ年の研究において過去に受審した病院のデータに基づき質の向上に関わる要因の分析や、重点的に取り組むべき項目の集約などを行ってきたが、さらに評価項目の適合度を判定するガイドラインである「評価判定指針」を明確化し受審病院に周知することで、より問題点の認識が容易になると考えられた。またこれまでの研究はデータの解析が中心であり、評価調査者の視点からの検討が残されていたことを踏まえて、今年度は評価判定指針を明確化することで、病院機能評価のためのツールの整備を試みた。受審病院がこれを活用することによって、病院機能評価の受審時のみならず、日常的・継続的に改善活動ができるよう支援するための基盤を整備することを目的とする。

B 研究方法

平成17年度に病院機能評価を受審した484病院について、病床数、開設者、審査体制区分などの基本属性と、中項目評点、認定の可否など審査結果データを抽出し集

計・分析した。病院機能評価の評価項目体系Ver4が平成17年6月で運用を終了し、7月からVer5に移行したことから、中項目評点の分布はバージョン別に集計した。また、中項目に関しては5段階の評点のうち、評点2以下となる割合に着目し、この割合が高い評価項目を抽出した。また評点変更の頻度について評価項目別に集計した。

それらの集計結果を基礎資料として、評価判定に当たり判断に幅があると思われる評価項目を抽出した。具体的には手術・麻酔機能や病理診断機能と人員配置の関係、画像診断の体制、時間外・夜間の対応体制の評価、抗がん剤などの調製・混合業務や薬剤管理指導業務など薬剤管理機能、病棟や外来におけるプライバシー確保の評価、病院感染対策と感染性廃棄物の適切な取扱い、症状緩和と疼痛緩和の評価などについて評価調査者の視点から意見の集約及び運用の検討を行い、評価判定指針の解釈を明確化するような修正案を取りまとめた。

(倫理面への配慮)

各種分析において、受審病院の審査結果データを取り扱うこととなる。そこで、IDデータを削除し、個別の施設を特定できないようにしたうえで統計的な処理を行った。

C. 研究結果

平成17年度に病院機能評価を受審した病院は484病院で、新規受審が341病院、更新受審が143病院であった。適用されたバージョンで区分すると、Ver4受審が203病院、Ver5受審が281病院であった。受審した病院の許可病床数の平均は約247.6床であり、全国平均に比べると比較的規模の大きな病院の受審が多いことがうかがえる。しかしながら構成割合で見ると199床以下の受審割合が初めて半数を超えるなど、中小規模の医療施設の受審も徐々に進んできているものと思われた。

また審査体制区分でみると一般病床のみの病院の受審割合が減少し、50%を下回った。一方「一般病床+療養病床」「一般病床+精神病床」といったケアミックス型病院の割合が増加している。これらのことから、病院機能評価を受審する病院層が全国の医療施設の平均的な群に近づいているものと思われた。一方、病院機能評価の審査結果では、初回の審査で認定される割合が減少しており、新規受審病院では約15%、更新受審病院では約13%となった。とくに、すでに認定を取得している更新受審病院において初回の審査で認定（更新）される割合が低いことは、認定取得後の継続的な改善活動が不十分であったためと思われた。

改善が必要とされる評点2以下の割合が高い項目を挙げると、まずVer4受審病院では「関係する法令の遵守」「患者の安全確保の手順」「具体的な感染対策」「診療録の適切な管理」「病理診断体制」「輸血血液部門の体制」「医師の指示の確実な伝達」「行動制限（抑制・拘束）」「廃棄物の処理」「（精神科における）身体拘束」「預り金の管理」などが挙げられた。一方Ver5受審病院では、「関係法令の遵守」「診療録の適切な管理」「廃棄物の処理」「患者の治療や活動による収入の管理」「預り金の管理」などが挙げられた。新規受審、更新受審別に区分しても、おおむね同様な傾向であった。とくに更新受審病院に関しては、評価項目が定期的に改定されているため、5年前に認定を取得した時点と更新受審時点の評価項目が異なっている。したがって改善が必要とされる評点2以下の項目が評価項目改定によって新規追加された項目の場合には、要求水準に対する理解が不十分であったことなどが考えられるが、従来から設定されている評価項目が指摘されている場合は、認定期間中に十分な活動レベルが維持できていなかったことが考えられる。

そこで、評価項目が要求している内容をよりわかり易く伝え、自院の活動状況と比較照合し易くすることは、病院機能評価の取り組みをより効果的にするための方策として重要であると考えられることから、現行の評価判定指針の中で、評価調査者によって判断が分かれ易いと思われる項目を抽出し、解釈を明確化させるための検討を実施した。まず、評価調査者による評点の原案と、点検・調整を経て最終的に確定した評点との間で、評点が変更されている割合を項目ごとに集計した。その結果、考え方がおおむね確立しているが評価調査者への周知が不十分などのために、事後の評点変更が多く行われている項目と、考え方そのものにある程度の幅があり、議論の対象になるものの、最終的には訪問審査担当の評価調査者の判断を重視するため必ずしも評点変更の頻度は多くない項目とが見出された。本研究における検討対象項目は後者に該当する項目とし、Ver5評価項目のなかから以下の19項目を取り上げた。

1. 病理診断体制
2. 画像診断体制
3. 手術・麻酔部門の体制
4. 夜間・休日の体制（救急医療体制）
5. 感染管理（感染性廃棄物、中材業務、病棟における感染管理など）
6. 診療録の管理
7. プライバシーの確保
8. 口頭指示
9. 薬剤部門（調製・混合、個人別取り揃え、服薬管理指導など）
10. 症状緩和と疼痛緩和
11. 情報管理機能
12. 職業倫理・臨床における倫理
13. パートナーシップ
14. 説明と同意
15. 教育研修（非常勤職員に対する）
16. 携帯電話の使用
17. 治験・臨床研究に関する倫理
18. 麻薬の管理

19. 診断名・手術名のコード化

これらの項目に関して、病院機能評価の訪問審査において議論となるポイント、望ましい状況と最低限必要な状況について意見を集約した。このうち、「1. 病理診断体制」から「11. 情報管理機能」までの検討が終了したが、項番12以降が課題として残された。

検討結果は以下のとおりである。なお、以下において「a」「b」「c」は小項目の判定内容であり、aは「適切に行われている」、bは「中間」、cは「適切さに欠ける」を意味している。

(1. 病理診断体制)

- 特定機能病院、がん拠点病院など、腫瘍系手術件数が多い施設においては、複数の常勤病理医の配置が必要である。
- 腫瘍系手術件数によっては、常勤換算1名の非常勤病理医による対応でも「a」と判定してよい。
- 腫瘍系手術を実施しているが、病理医が非常勤も含め全くおらず、術中迅速診断に対応していない場合は「c」と判定する。
- 腫瘍系手術を実施しており、病理医が非常勤も含め全くいないが、術中迅速診断には対応している場合は「b」と判定する。
- 術中迅速診断は、院内における実施でなくても、テレパソロジー、近隣病院、近隣ラボ等で30分以内に回答が得られる場合は、実施されているものとして評価する。
- 迅速診断のシステムについて必ず確認する。
- 適宜病理医に相談できる体制であるか確認する。
- 常勤の病理医が配置され、いつでもコンサルテーションできる状況である場合は「a」と判定してよい。
- 非常勤医師が常勤換算1人以下の場合は、病理診断が必要なときに病理診断機能（外注含む）があれば「b」と判定する。
- CPCの実施の有無は「4.5.2.2病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている」で評価し、「4.5.1.1病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている」の判定には含めない。
- 病理診断が必要な日に病理診断機能が確保されている（迅速診断が必要な手術日、CPC開催日等）ことを確認する。
- 登録のみの非常勤ではないかどうかを訪問審査時に確認する。
- 必要な症例について病理医との診療協議が行われ、診断精度の向上が図られている。
- 迅速診断に対応できない場合は「c」と判定する。

(2. 画像診断体制)

- 一定機能以上の病院では少なくとも常勤1名の放射線科医の配置が必要である。
- 単に読影のみではなく、安全管理・責任体制の状況についても確認する。
- 専門領域（呼吸器、脳外科など）医師と放射線科医のダブルチェックでフィルムの読影がなされている場合は「a」と判定する。
- 専門領域医師により読影がなされており、必要に応じて放射線科医に意見を求めることができるシステムがある場合は「b」と判定する。
- 専門領域医師により読影がなされている場合は「b」と判定する。
- 必ずしも専門でない主治医が読影しているが、専門領域医師または放射線科医に意見を求めることができるシステムがある場合は「b」と判定する。
- 必ずしも専門でない主治医が読影している場合は「b」と判定する。

- 読影所見の記録がないものがある場合は「c」と判定する。
 - 特に小規模病院の緊急検査の場合、ダブルチェックのルールがどのようになっているのか、コンサルテーションの仕組みを確認する。一定規模以上ではダブルチェックは必須である。
 - 訪問審査時には報告書作成のルールを確認する。
- (3. 手術・麻酔部門の体制)
- 麻酔科医とは、標榜医、専門医、指導医資格にはこだわらず、麻酔科に所属する医師という意味で使用する。
 - 手術を実施しているが麻酔科医が配置されていない場合は「c」と判定する。
(非常勤でよいので必ず麻酔科医を配置する必要がある。)
 - 全身麻酔に麻酔科医の関与がない場合「c」と判定する。
 - 麻酔科医の関与とは、安全性の観点から検討・指導・教育に関わることを示す。また、全身麻酔施行時に、麻酔科医が院内にいないことが必要である。(院内に麻酔科医がいれば、「当科麻酔」は可である。)
 - 術前管理は麻酔科医が必ず行わなくてはならないものではないが、麻酔科医がリスク管理を行うこと(術前評価など)が必要である。
- (4. 夜間・休日の体制(救急医療体制))
- 救急役割判断フローチャートによって水準を設定する。
- <医師の体制>
- 水準2～3の救急告示病院の場合、院内に複数の医師が当直しており、救急担当の医師が定められている場合は「a」と判定する。
 - 院内に1名の医師が当直しており、必要に応じてオンコールで呼ぶ場合は「b」と判定する。
- 複数科において救急告示している場合、さらに各科のオンコール体制があることを確認する。
 - オンコールの内容・機能を実績などから十分確認する必要があるが、十分機能していない場合「c」と判定することもありうる。
- <看護師の体制>
- 水準3～4の場合、病棟夜勤者が施設基準で定められた必要数+ α で確保されており、必要に応じて救急対応を兼務している場合、救急対応者を除いても診療報酬上の要件を欠くことがないことが必要である。
 - 水準2以上の場合、救急専従の看護師が必要である。
- <コ・メディカルの体制>
- 水準2以上の場合、薬剤師・検査技師・放射線技師すべて当直体制が必要である。
 - 水準3の場合、3職種当直が望ましいが、オンコールであってもよい。この場合救急機能・役割から見て判断する。
 - 管理型臨床研修病院の場合、3職種ともオンコール体制では不十分である。
 - 職種による優先順位として、①放射線技師②検査技師③薬剤師の順で当直体制が望ましい。
 - 救急告示している病院では、最低限、救急対応の医師1名、看護師1名が配置されていることが必要である。
 - 自院に通院中の患者の急変時や退院後の急変による救急来院などを想定すると、救急機能にNA(非該当)はない。したがって水準4は病院として最低限の機能である。
 - 専門で高次救急を行っている場合水準2とする。(診療科の告示に関係なく「救急役割判断フローチャート」に則して当てはめる。)
 - 告示診療科の内容に応じて医師を配置する。

(5. 感染管理)

(病院感染に関する情報の分析・評価について)

- MRSAのみであっても発生率が算出されその評価・検討がなされていれば「b」と判定する。
- MRSAの状況把握のみの場合は「c」と判定する。
- 「主要な病院感染率」については、自院で必要なデータを検討し、実施することが望ましい。

(中央材料室の洗浄・滅菌業務について)

- 中材業務外注の場合、汚染物と既滅菌物の置き場が同室(上下、左右に棚が並んでいるなど)であっても厳しく言及する必要はない。ただし職員への意識付けが十分であるかどうかを配慮する。
- 汚染物と既滅菌物の搬入経路が交差している場合、手術室の評価に準じて、交差している状況だけを持って「c」判定とはしない。
- 化学的インジケータについては、パックの内側に使用されていることが必要である。
- 生物学インジケータは週1回の使用が必要である。
- 使用場所で一次洗浄を行っているが、飛散しない環境で十分プロテクトした状態で適切に行っている場合には「b」と判定する。
- 使用場所で一次洗浄を行っているが、感染が拡大する可能性があり、むやみに行っている場合は「c」判定とする。
- 使用場所で一次洗浄を行わない場合は、中材への搬送時の飛散等への配慮が必要である。

(内視鏡室の感染対策について)

- 内視鏡室内に防護具の用意がない場合は「c」と判定する。

(病棟における感染対策について)

- 採血時に手袋を着用しており、患者ごと

に手袋を交換している場合「a」とする。

- 採血時に手袋を着用していない場合「c」と判定する。
- 採血時に手袋を着用しているが、患者ごとに手袋を交換しておらず連続して複数の患者に使用している場合は「c」と判定する。
- ゴーグル、ガウンについては着用していないからといって一概に「c」判定とはしない。
- ミキシング等に使用した針をリキャップすることは、安全文化の観点からは望ましくない。リキャップしている理由を確認のうえ、患者に未使用のものであれば「c」判定にはしない。

(感染性廃棄物等の処理について)

- オムツを廃棄する際は、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」および病院規程に沿って評価する。
- 病棟などで感染性廃棄物を保管する場合、関係者以外が自由に立ち入れない(自発的に患者が入る場所でない)ことが重要である。表示などで注意を促すことが望ましく、必ずしも鍵管理までを求める必要はない。
- ナースステーションで発生した廃棄物の一時保管が常態的に汚物室等でなされていることは、密封された容器が使用されていても望ましい状態とはいえないが、保管状態については上記に準じて判断する。
- 廃棄物収納容器の蓋を開けたまま運用しているだけで一律に不適切とはしない。
- 足踏み式容器は必ずしも必須ではない。
- 飛散、流出の恐れがある移し替えについては、改善が必要である。
- 廃棄物の飛散、流出の危険性が特にないと判断される場合は、移し替えの事実のみで不適切とは判断しない。
- 最終保管場所に未使用容器を保管している場合、院内に血液等の付着した容器

が運び込まれる可能性があること、および最終保管場所は「専用」とすべきことから、不適切である。

- 最終保管場所の囲いが網の場合、防鼠対策の配慮からは不適切である。

(6. 診療録の管理)

(診療録管理部門の体制について)

- 診療情報管理士が診療録管理部門の専任でない場合(部門の専任者が診療情報管理士でない場合)、院内の診療情報管理士が委員会などにより必要な業務に関わっていることが確認できれば「b」と判定する。
- 診療情報管理士が院内に1名もいない場合は「c」と判定する。
- 診療情報管理士がすべて委託(派遣含む)職員である場合、管理者として病院の専従常勤職員が最低1人はいることが必要である。

(診療録の保管・管理方法について)

- 退院番号(ID番号とは異なる)を付番していても、保管に用いていなければよい。
- 退院番号を用いて保管することは適切でない。最終退院の診療録と同一場所に保管されていたとしても、ID番号で管理するよう一本化すべきという観点から適切でない。
- 作業のために一時的に退院番号による保管を行っている場合は不適切とは判断しない。
- カンファレンスの記録については、議事録的なものはカンファレンス記録として診療録とは別に管理したうえで、個別の診療録にはカンファレンスで検討した結果(サマリー的な内容・要点)を記載することが必要である。

(7. プライバシーの確保)

(外来患者のプライバシー確保について)

- 採血ブースを1人分ずつ仕切っていれば「a」と判定する。

ば「a」と判定する。

- 内視鏡センターの説明ブースは仕切りがなければ「b」と判定する。
 - 採血・検査・処置・点滴行為について、原則として廊下から見えないように配慮されていることが必要であり、全く配慮されていない場合は「c」と判定する。
 - 採血・検査・処置・点滴行為について、個室化する必要はないが、外来化学療法や救急患者の処置等の様子が廊下から見える場合は「c」と判定する。
 - 点滴注射の場合、すべての患者をカーテンで仕切るとは安全面からは適切ではないことから、個別の配慮があるかを確認する。廊下から見える場合は「c」と判定する。
 - 種類を問わず生理機能検査が廊下から見える場合は「c」と判定する。
 - 廊下からは見えないが、並んで採血するようになっている場合は、必要な状況時に配慮する手順があるかを確認する。
 - 耳鼻科・眼科・歯科のプライバシーについては、視線をさえぎる仕切りがあることが望ましい。
 - 外来診察室のドア(スタッフ通路側)が常に開放されている状況は「a」判定とはいえない。
- (入院患者のプライバシー確保について)
- 基本的には病室のドアは閉めておくほうがよいが、病室のドアを開けている場合でも一律に不適切とは判断しない。患者に断っているか、患者の希望時には閉められるか、プライバシーは確保されているか、などの配慮があれば「a」と判定する。
 - 蓄尿器に患者の氏名が書かれている場合であっても、わざわざ見に行かなければ見えないところに蓄尿の場所があれば「a」と判定する。
 - 蓄尿器が廊下から見える場所の場合は、衝立等があれば「a」と判定する。

(8. 口頭指示)

- 電話指示の場合、指示を受けた看護師による読み上げを実施していない場合は「c」と判定する。
- 薬の単位は「mg」や「cc」を使用するなど指示統一のルールがあれば「a」と判定する。「1アンプル」という表現は曖昧なので「b」と判定する。

(9. 薬剤部門)

(注射薬の調製・混合について)

- 薬剤師がほぼ抗がん剤の調製・混合を実施していれば「a」と判定する。
- 薬剤師による抗がん剤の調製・混合が実施されていなくても、薬剤師による関与があれば「b」と判定する。
- 薬剤師が一部でも抗がん剤の調製・混合を実施しているか確認する。
- 薬剤師による抗がん剤の調製・混合については薬剤師の「直接的な関与」を求める。直接的関与とは薬剤師による指導・情報提供であり、薬剤師がレクチャー・研修会を行うことなどが求められる。紙1枚程度の情報提供は不適切と評価する。
- 薬剤師による抗がん剤の調製・混合が0%（全く行われていない）の場合は「c」と判定する。
- 医師が抗がん剤の調製・混合を行っている場合「a」判定とはいえない。
- 研修医が抗がん剤の調製・混合を業務として行うことは不適切である。ただし指導医のもとで研修の一環として行うことはやむを得ない。
- 薬剤師がIVHの調製・混合を全く実施していなければ「c」判定とする（抗がん剤に準じて評価する）。
- IVHはパックを使用しているかどうか確認する。
- 抗がん剤の調製・混合は安全面から病棟で実施することは不適切と評価する。
(注射薬の個人別取り揃えについて)

- 注射薬を個人別1回分（1施用）ごとに取り揃えている場合は「a」と判定する。
- 注射薬を個人別1日分ごとに取り揃えている場合は「b」と判定する。
- 個人別取り揃えを実施していない場合は「c」と判定する。
- ボトルだけ箱払いで、薬が個人別取り揃えである場合、ボトルに患者名が記され個人別になっていればよい。

(薬歴管理および服薬管理指導について)

- 持参薬についても管理されていることを確認する。
- 持参薬の内容を確認し、その扱いに関する指示も確認する。
- 薬剤師による服薬指導が行われていれば「a」と判定する。この場合「5.5.3.1患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている」も「a」と判断できる。さらに医師・看護師が関与しているとよい。
- 薬剤師による服薬指導が全く行われていない、または極めて少ない場合は「c」と判定する。
- 服薬管理指導は医師の「同意」があれば実施できるが、医師の「同意」が確認できることが求められる。この場合医師の署名があれば確実であるが、医師の署名がなくても何らかの方法で記録に残ればよい。
- 「医師が同意しない場合を除いて服薬管理指導を実施する」という方針の場合は、その内容を確認して評価する。

(副作用情報の収集について)

- 副作用情報を収集する手順書があることを確認する。

(10. 症状緩和と疼痛緩和)

- 疼痛緩和は緩和ケア病棟以外の病棟においても評価対象となる。また、疼痛緩和は症状緩和の一部である。
- 患者の訴える不快な症状や苦痛な症状にどのように対応しているのか、看護基

準・手順等で確認する。

- 疼痛緩和マニュアルなどを確認する。

(11. 情報管理機能)

- ここでいう情報管理機能とは、病歴管理情報と保険請求情報を統合的に管理することをさす。
- 患者の診療情報を一元的に管理する部署・担当者を確認する。

この検討の経過において、当該病院が地域において期待されている救急医療機能の水準について、判断基準を明確にする必要性が見出された。評価項目では救急医療の機能水準を、水準1～水準4に区分しているが、評価調査者の判断と受審病院の判断に齟齬が見られるケースがあることから、妥当でかつ明確な区分方法の検討を行った。

その結果、「救命救急センターの有無(救命救急入院料の取得状況)」「救急告示の有無」「救急専用病床の有無」「1日あたり救急入院患者数」「1日あたり時間外・救急患者数」という5つの指標をもとに区分する方法を考案した。具体的には以下の手順に沿って区分する。

- ① 救命救急センターを有しているか。有している場合、水準1とする。有していない場合②に進む。
- ② 救急告示をしているか。救急告示病院の場合は③以下の手順に沿って水準2または水準3に区分する。救急告示をしていない場合、③以下の手順に沿って水準2～水準4に区分する。
- ③ 救急専用病床を有しているか。有している場合、水準2とする。有していない場合、④に進む。
- ④ 1日あたり救急入院患者が2名以上であるか。2名以上の場合、水準2とする。2名未満の場合、⑤に進む。
- ⑤ 1日あたり時間外・救急患者数が20名以上であるか。20名以上の場合、水準2とする。20名未満の場合、救急告示

病院であれば水準3とする。救急告示病院でなければ⑥に進む。

- ⑥ 1日あたり救急・時間外患者数が2名以上であるか。2名以上の場合は水準3とする。2名未満の場合は水準4とする。

以上の手順を用いることによって、外形的な指標のみで水準を区分することが可能となり、水準ごとに求められる内容を理解することが容易になると思われた。

以上の成果を病院機能評価に適用することで、評価項目の内容を受審病院がより理解し易くなるとともに、審査精度の向上にも寄与するものと思われる。しかしながら評価判定指針の明確化に関しては未検討の課題が残されている。また本研究ではすべての項目について網羅的に検討しているものではないことから、本研究の検討成果をベースにして、さらにその他の項目についても検討を進めたいと、運用に供することが望ましい。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

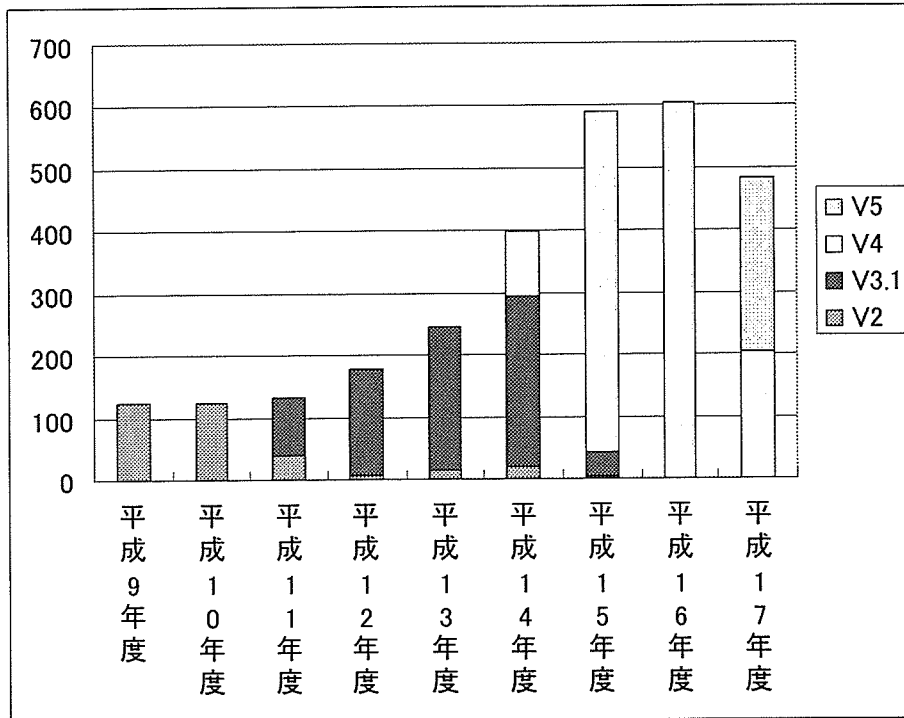
H. 知的所有権の取得状況
1. 特許取得状況
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図表1-1. 受審病院の概要(クロス集計)

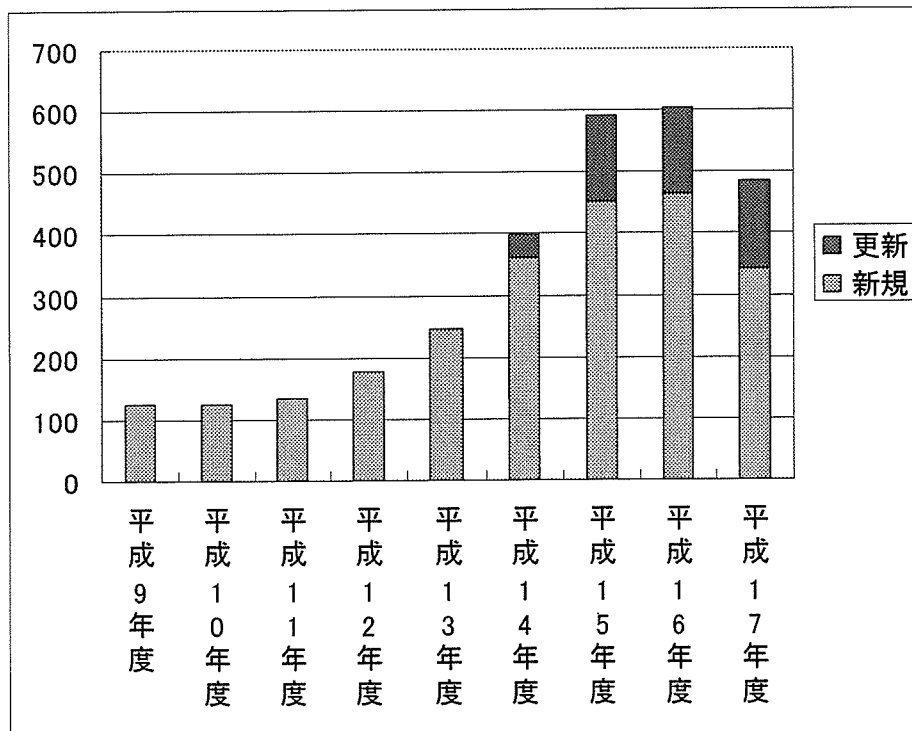
受審年度	受審年度								バージョン				受審区分				病床規模				種別				開設者				審査結果			総計
	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	V2	V3.1	V4	V5	新規受審	更新受審	20-99床	100-199床	200-499床	500床以上	一般病院	精神病院	療養病院	複合病院	国	公的医療機関	社会保険関係団体	民間	認定	条件付認定	留保		
平成9年度	125									125	0	0	0	125	0	20	31	42	32	119	4	1	1	3	28	1	93	87	0	38	125	
平成10年度		125								125	0	0	0	125	0	16	35	46	28	96	5	9	15	7	27	1	90	100	0	25	125	
平成11年度			133							39	94	0	0	133	0	13	32	61	27	88	14	8	23	12	30	13	78	103	0	30	133	
平成12年度				177						5	172	0	0	177	0	21	47	78	31	124	10	5	38	16	42	14	105	120	0	57	177	
平成13年度					245					14	231	0	0	245	0	42	77	88	38	149	15	14	67	11	64	6	164	149	0	96	245	
平成14年度						398				20	273	105	0	360	38	53	101	175	69	239	31	23	105	21	96	18	263	159	21	218	398	
平成15年度							591			3	39	549	0	451	140	84	152	245	110	356	46	38	151	25	156	13	397	162	100	329	591	
平成16年度								603		0	0	603	0	465	138	99	194	228	82	322	57	50	174	26	142	16	419	107	113	383	603	
平成17年度									484	0	0	203	281	341	143	71	181	189	43	234	58	40	152	23	106	23	332	70	125	289	484	
V2	125	125	39	5	14	20	3	0	0	331				331	0	51	97	118	65	240	11	60	20	11	59	7	254	243	0	88	331	
V3.1	0	0	94	172	231	273	39	0	0	809				809	0	115	229	343	122	505	67	0	237	42	198	43	526	450	0	359	809	
V4	0	0	0	0	0	105	549	603	203		1460			1116	344	224	429	572	235	833	128	108	391	72	362	41	985	325	259	876	1460	
V5	0	0	0	0	0	0	0	0	281				281	166	115	29	95	119	38	149	34	20	78	19	72	14	176	39	100	142	281	
新規受審	125	125	133	177	245	360	451	465	341	331	809	1116	166	2422		368	739	964	351	1409	210	168	635	115	587	82	1638	960	0	1462	2422	
更新受審	0	0	0	0	0	38	140	138	143	0	0	344	115		459	51	111	188	109	318	30	20	91	29	104	23	303	97	359	3	459	
20-99床	20	16	13	21	42	53	84	99	71	51	115	224	29	368	51	419			260	2	54	103	1	22	2	394	132	41	246	419		
100-199床	31	35	32	47	77	101	152	194	181	97	229	429	95	739	111		850		359	51	78	362	6	105	13	726	294	89	467	850		
200-499床	42	46	61	78	88	175	245	288	189	118	343	572	119	964	188		1152		730	162	49	211	46	358	74	674	400	154	598	1152		
500床以上	32	28	27	31	38	69	110	82	43	65	122	235	38	351	109				460	378	25	7	50	91	206	16	147	231	75	154	460	

種別	受審年度								バージョン				受審区分				病床規模				種別			開設者			審査結果			総計		
	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	V2	V3.1	V4	V5	新規受審	更新受審	20-99床	100-199床	200-499床	500床以上	一般病院	精神病院	療養病院	複合病院	国	公的医療機関	社会保険関係団体	民間	認定	条件付認定		留保	
	119	96	88	124	149	239	356	322	234	240	505	833	149	1409	318	260	359	730	378	1727				141	565	100	921	722	234		771	
一般病院	4	5	14	10	15	31	46	58	234	11	67	128	34	210	30	2	51	162	25		240			1	21	0	218	61	27	152	240	
精神病院	1	9	8	5	14	23	38	50	40	60	0	108	20	168	20	54	78	49	7			188		0	2	0	186	76	15	97	188	
療養病院	1	15	23	38	67	105	151	174	152	20	237	391	78	635	91	103	362	211	50				726	2	103	5	616	198	83	445	726	
複合病院	3	7	12	16	11	21	25	26	23	11	42	72	19	115	29	1	6	46	91	141	1	0	2	144			67	19	58	144		
国	28	27	30	42	64	96	156	142	106	59	198	362	72	587	104	22	105	358	206	565	21	2	103		691			258	83	350	691	
公的医療機関	1	1	13	14	6	18	13	16	23	7	43	41	14	82	23	2	13	74	16	100	0	0	5			105		45	20	40	105	
社会保険関係団体	93	90	78	105	164	263	397	419	332	254	526	985	176	1638	303	394	726	674	147	921	218	186	616				1941	687	237	1017	1941	
民間	87	100	103	120	149	159	162	107	70	243	450	325	39	960	97	132	294	400	231	722	61	76	198	67	258	45	687	1057			1057	
認定	0	0	0	0	0	21	100	113	125	0	0	259	100	0	359	41	89	154	75	234	27	15	83	19	83	20	237		359		359	
条件付認定	38	25	30	57	96	218	329	383	289	88	359	876	142	1462	3	246	467	598	154	771	152	97	445	58	350	40	1017			1465	1465	
留保	125	125	133	177	245	398	591	603	484	331	809	1460	281	2422	459	419	850	1152	460	1727	240	188	726	144	691	105	1941	1057	359	1465	2881	
総計																																

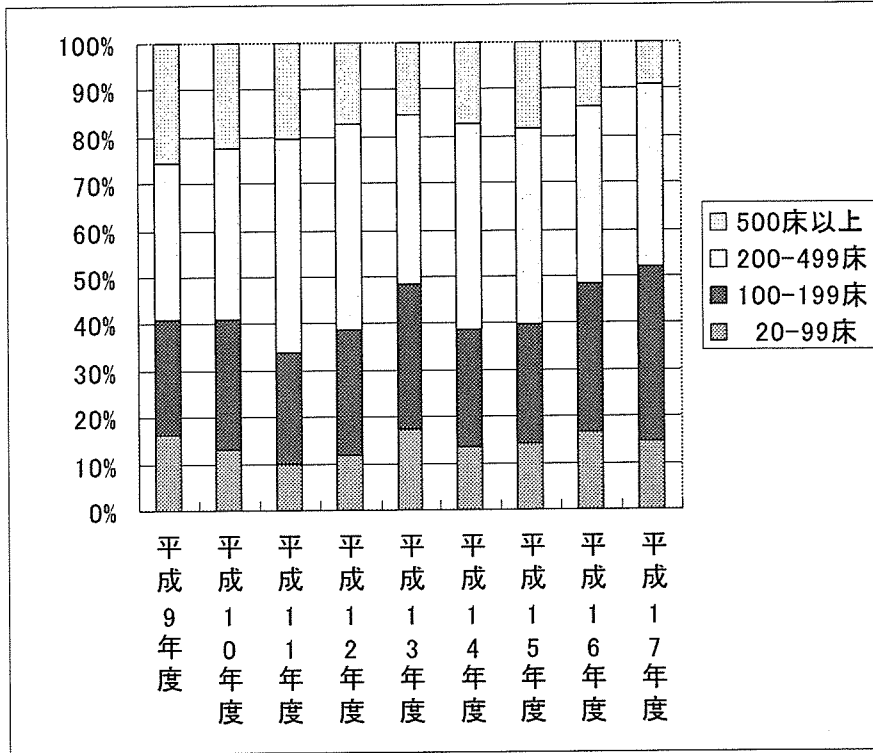
図表1-2. (受審年度) × (バージョン)



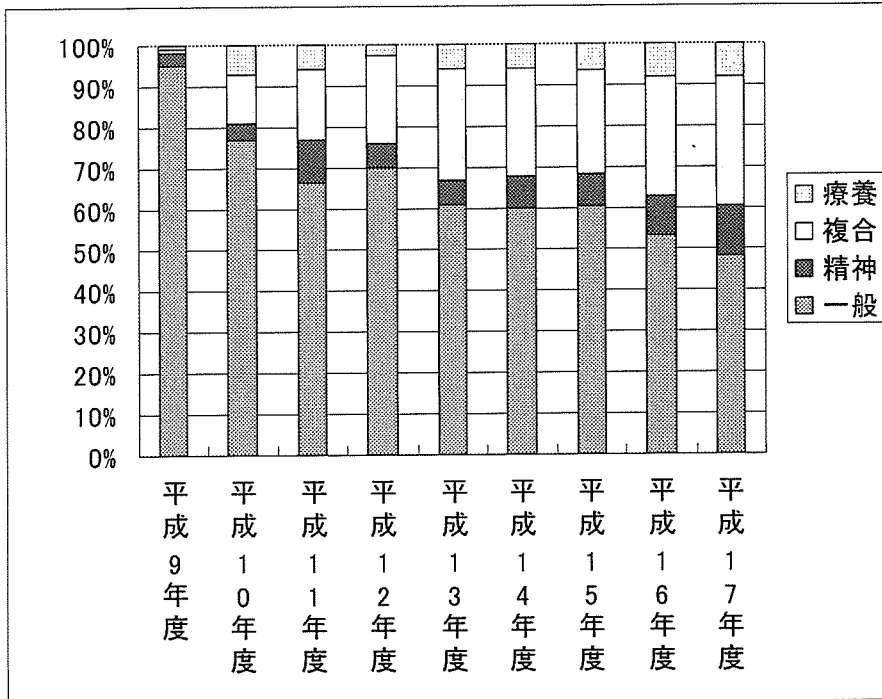
図表1-3. (受審年度) × (受審区分)



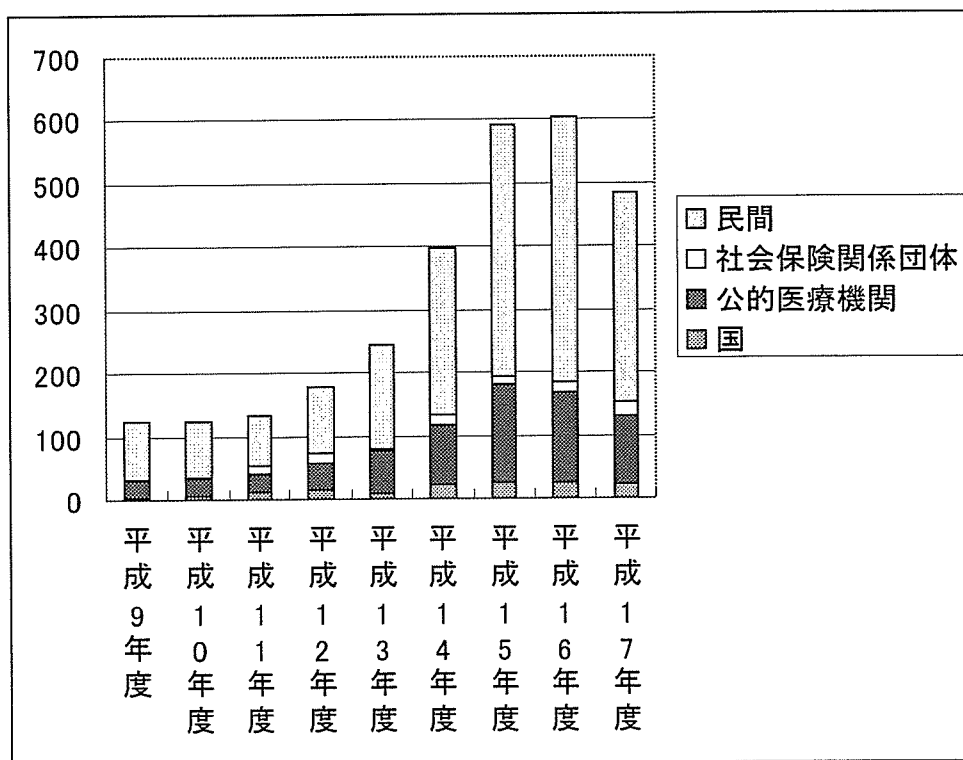
図表 1 - 4 . (受審年度) × (病床規模)



図表 1 - 5 . (受審年度) × (種別)



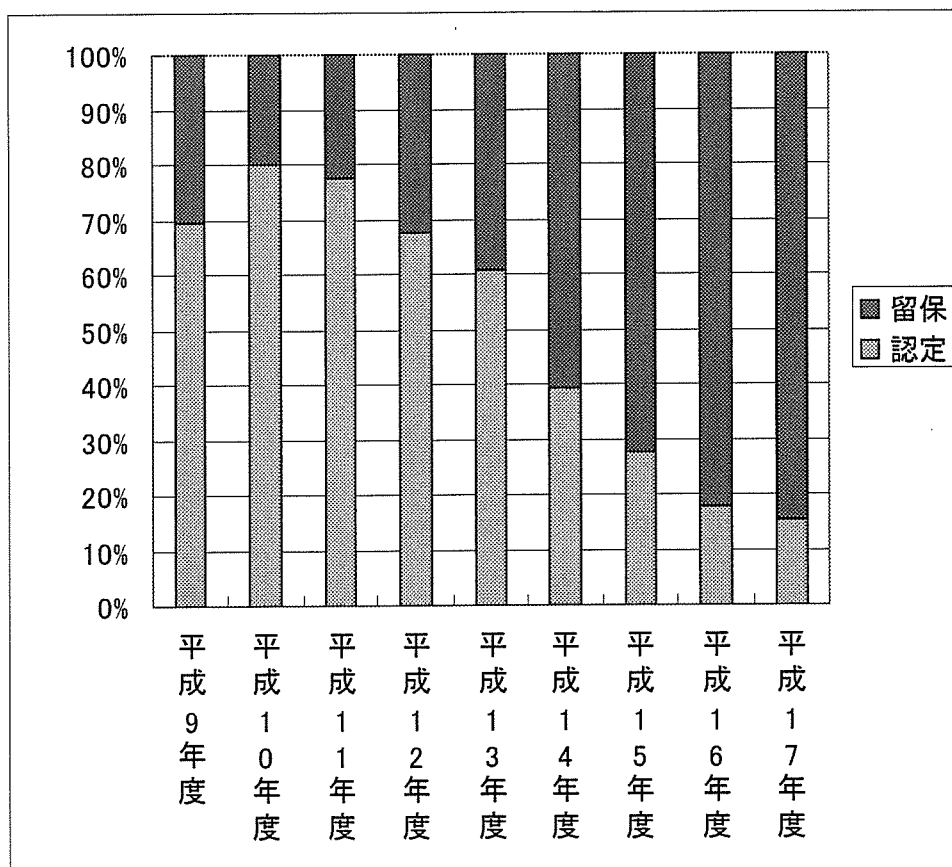
図表1-6. (受審年度) × (開設者)



図表 1 - 7. 年度別・審査結果（新規受審）

受審年度	認定	留保	総計
平成 9 年度	87	38	125
平成 10 年度	100	25	125
平成 11 年度	103	30	133
平成 12 年度	120	57	177
平成 13 年度	149	96	245
平成 14 年度	142	218	360
平成 15 年度	124	327	451
平成 16 年度	83	382	465
平成 17 年度	52	289	341
総計	960	1462	2422

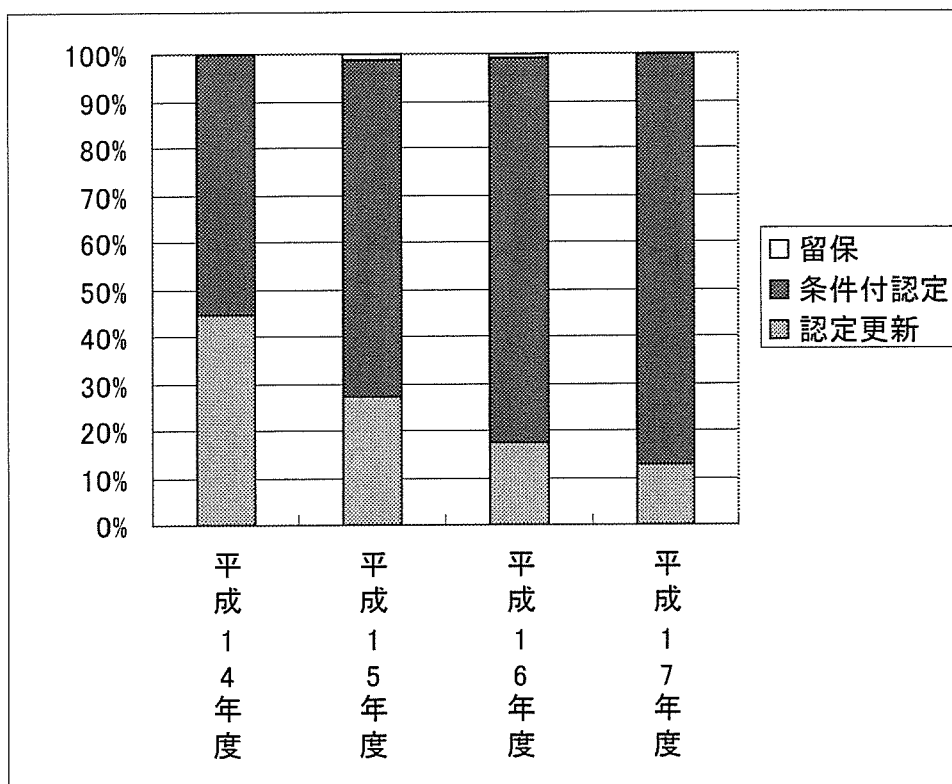
図表 1 - 8. (受審年度) × (審査結果) × (新規受審)



図表 1 - 9 . 年度別・審査結果（更新受審）

受審年度	認定更新	条件付認定	留保	総計
平成 14 年度	17	21		38
平成 15 年度	38	100	2	140
平成 16 年度	24	113	1	138
平成 17 年度	18	125		143
総計	97	359	3	459

図表 1 - 10 . (受審年度) × (審査結果) × (更新受審)



図表 1 - 1 1 . 受審年度別平均病床数

受審年度		種別				総計
		一般	精神	療養	複合	
平成 9 年度	病院数	119	4	1	1	125
	平均病床数	353.7	297.8	199.0	522.0	352.1
平成 10 年度	病院数	96	5	9	15	125
	平均病床数	335.2	262.4	271.2	229.7	315.0
平成 11 年度	病院数	88	14	8	23	133
	平均病床数	365.7	334.2	180.5	263.6	333.6
平成 12 年度	病院数	124	10	5	38	177
	平均病床数	307.5	269.3	222.6	291.2	299.4
平成 13 年度	病院数	149	15	14	67	245
	平均病床数	293.9	385.7	161.8	232.6	275.2
平成 14 年度	病院数	239	31	23	105	398
	平均病床数	341.2	318.0	173.6	258.7	308.0
平成 15 年度	病院数	356	46	38	151	591
	平均病床数	362.7	306.7	228.8	221.7	313.7
平成 16 年度	病院数	322	57	50	174	603
	平均病床数	329.5	308.5	148.0	188.8	271.9
平成 17 年度	病院数	234	58	40	152	484
	平均病床数	289.0	273.4	173.5	193.5	247.6
総計	病院数	1727	240	188	726	2881
	平均病床数	331.7	304.5	183.5	219.8	291.5

図表 2-1. 平成 17 年度受審病院の概要 (クロス集計)

	バージョン		受審区分		病床規模				種別				開設者				審査結果			総計
	V4	V5	新規	更新	20-99床	100-199床	200-499床	500床以上	一般病院	精神病院	療養病院	複合病院	国	公的医療機関	社会保険関係団体	民間	認定	条件付認定	留保	
バージョン	203		175	28	42	86	70	5	85	24	20	74	4	34	9	156	31	25	147	203
			281	115	29	95	119	38	149	34	20	78	19	72	14	176	39	100	142	281
受審区分	175	166	341		59	143	121	18	137	47	35	122	14	73	10	244	52	0	289	341
	28	115		143	12	38	68	25	97	11	5	30	9	33	13	88	18	125	0	143
病床規模	42	29	59	12	71				35	0	13	23	0	4	0	67	8	11	52	71
	86	95	143	38		181			61	17	17	86	3	28	2	148	32	31	118	181
	70	119	121	68			189		104	38	9	38	12	55	17	105	21	62	106	189
	5	38	18	25				43	34	3	1	5	8	19	4	12	9	21	13	43
	85	149	137	97	35	61	104	34	234				23	76	20	115	39	83	112	234
種別	24	34	47	11	0	17	38	3		58			0	5	0	53	2	11	45	58
	20	20	35	5	13	17	9	1			40		0	0	0	40	6	5	29	40
	74	78	122	30	23	86	38	5				152	0	25	3	124	23	26	103	152
開設者	4	19	14	9	0	3	12	8	23	0	0	0	23				4	7	12	23
	34	72	73	33	4	28	55	19	76	5	0	25		106			20	28	58	106
	9	14	10	13	0	2	17	4	20	0	0	3			23		3	12	8	23
	156	176	244	88	67	148	105	12	115	53	40	124				332	43	78	211	332
審査結果	31	39	52	18	8	32	21	9	39	2	6	23	4	20	3	43	70			70
	25	100	0	125	11	31	62	21	83	11	5	26	7	28	12	78		125		125
	147	142	289	0	52	118	106	13	112	45	29	103	12	58	8	211			289	289
総計	203	281	341	143	71	181	189	43	234	58	40	152	23	106	23	332	70	125	289	484